



ประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง ประกวดราคาซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ จำนวน ๑ รายการ ของโรงพยาบาลขอนแก่น
ด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding)

จังหวัดขอนแก่น มีความประสงค์จะประกวดราคาซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์
จำนวน ๑ รายการ ของโรงพยาบาลขอนแก่น ด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) ราคา
ของงานซื้อในการประกวดราคาครั้งนี้ เป็นเงินทั้งสิ้น ๖๕๙,๒๐๐.-บาท (หกแสนห้าหมื่นเก้าพันสองร้อย
บาทถ้วน) ตามรายการดังนี้

ตัวกรองเลือด (Dialyzer) ขนาดพื้นที่ผิวที่สัมผัส ๑.๓ - ๑.๔ ตารางเมตร จำนวน ๓,๒๐๐ ชิ้น

ผู้ยื่นข้อเสนอต้องยื่นข้อเสนอโดยแสดงหลักฐานถึงขีดความสามารถและความพร้อมที่มีอยู่
ในวันยื่นข้อเสนอ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ผู้ยื่นข้อเสนอจะต้องมีคุณสมบัติให้เป็นไปตามเอกสารประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์กำหนด
๒. ผู้ยื่นข้อเสนอต้องเสนอราคาทางระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์ ในวันที่ ๒๔
มีนาคม ๒๕๖๙ ระหว่างเวลา ๐๙.๐๐ น. ถึงเวลา ๑๒.๐๐ น. ซึ่งสามารถจัดเตรียมเอกสารข้อเสนอได้ตั้งแต
วันที่ประกาศจนถึงวันเสนอราคา

๓. ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดเอกสารประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์
เลขที่ ๑๖๕/๒๕๖๙ ลงวันที่ ๑๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ ผ่านทางระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์
ได้ตั้งแต่วันที่ประกาศจนถึงวันเสนอราคา ได้ที่เว็บไซต์ www.kkh.go.th, www.khonkaen.go.th หรือ
www.gprocurement.go.th ทั้งนี้ หากต้องการทราบรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ
โปรดสอบถามมายังจังหวัดขอนแก่น ผ่านทางโทรศัพท์หมายเลข ๐-๔๓๐๐-๙๙๐๐ ต่อ ๓๗๕๐ ในเวลาราชการ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นางรุจิราภรณ์ พรหมเมือง)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ
ตัวกรองเลือด (Dialyzer) ขนาดพื้นที่ผิวที่สัมผัส ๑.๓ - ๑.๔ ตารางเมตร
โรงพยาบาลขอนแก่น

๑. ความเป็นมา

เนื่องด้วยโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง ขนาด ๑,๑๐๐ เตียง มีภารกิจหลักในการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนในจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดใกล้เคียงทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูให้กับผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องใช้ตัวกรองเลือด (Dialyzer) ขนาดพื้นที่ผิวสัมผัส ๑.๓ - ๑.๔ ตารางเมตร เพื่อให้การสนับสนุนด้านบริการทางการแพทย์

๒. วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขอนแก่นได้อย่างเพียงพอและปลอดภัย

๓. รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ

๓.๑ ความต้องการ

๓.๑.๑ ใช้เป็นอุปกรณ์สำหรับฟอกเลือดผู้ป่วยฉุกเฉิน (Acute Hemodialysis) หรือ ผู้ป่วยประจำ (Chronic Hemodialysis) ที่เริ่มฟอกเลือดใหม่

๓.๒ คุณลักษณะทั่วไป

ตัวกรองเลือดแบบ Synthetic membrane

๓.๓ คุณลักษณะเฉพาะ

๓.๓.๑ เปิดฝาข้างบนได้ทั้งด้าน Arterial และ Venous เพื่อใช้การล้างทำความสะอาดตัวกรองเลือด สำหรับใช้ซ้ำ (Reuse Dialyzer) ได้ดี

๓.๓.๒ ฝาเปิดตัวกรองด้าน Arterial เป็นสีแดง และ ด้าน Venous เป็นสีน้ำเงิน

๓.๓.๓ วัสดุที่ใช้ทำ (Membrane material) ทำจาก Synthetic membrane

๓.๓.๔ ค่าสัมประสิทธิ์การกรองน้ำ (Ultrafiltration coefficient) ตั้งแต่ ๑๐ มล./ชม./มม. โปรทขึ้น ไป ในขณะที่เปิด Blood Flow Rate ๒๐๐ มิลลิลิตร/นาที ที่ Dialysate Rate ๕๐๐ มิลลิลิตร/นาที

๓.๓.๕ ประสิทธิภาพการกรองเลือด (Urea clearance) ตั้งแต่ ๑๗๕ มิลลิลิตร/นาที ขึ้นไป

๓.๓.๖ มีพื้นผิวของ Fiber ที่สัมผัสกับเลือด (Membrane surface area) ระหว่าง ๑.๓ - ๑.๔ ตารางเมตร (m²)

๓.๓.๗ ปริมาตรการใช้งานเริ่มแรก (Priming volume) อยู่ระหว่าง ๖๐ - ๑๐๐ มิลลิลิตร

๓.๓.๘ ความหนาของ Membrane (Fiber thickness) ตั้งแต่ ๒๐ ไมครอน ขึ้นไป

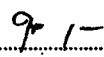
๓.๓.๙ ขนาดของเส้นผ่านศูนย์กลางภายในหนึ่งเส้นใยสังเคราะห์ประมาณ ๑๘๐ - ๒๒๐ ไมครอน

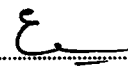
๓.๓.๑๐ การทำให้ปลอดเชื้อ (Sterilization) ด้วยรังสีแกมมา (Gamma ray) หรือ Steam เท่านั้น เพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยาจากสารเคมีต่อผู้ป่วย

คณะกรรมการกำหนดรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะและราคากลาง


(นายรัฐระวี พัฒนรัตน์โมฬี)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ประธานกรรมการ


(นายวิระยุทธ ทุมอาจ)
นายแพทย์ชำนาญการ
กรรมการ


(นางสาวขจร เทียสุพรรณ)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กรรมการ


(นางสาวยุวันดา ขาวชะดา)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กรรมการ

- ๓.๓.๑๑ บรรจุในซอง Sterile และเมื่อเปิดใช้งานไม่แตกหัก หรือรั่ว
๓.๓.๑๒ ฉลากตัวกรองติดแน่น และฉลากต้องแสดงชนิดของตัวกรอง
๓.๓.๑๓ ระบุ Lot No.วันผลิต และวันหมดอายุ บนบรรจุภัณฑ์อย่างชัดเจน

๓.๔ เงื่อนไขเฉพาะ

- ๓.๔.๑ ผลิตจากโรงงานที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO 13485 หรือ GMP กระทรวงสาธารณสุข
เชื่อมโยงกับสินค้าที่นำเสนอและแสดงเอกสารที่ไม่หมดอายุ
๓.๔.๒ ผลิตกันต้องมีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี นับจากวันที่ส่งมอบ
๓.๔.๓ กรณีเป็นสินค้าที่ผลิตในประเทศไทย ให้แสดงใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือ
แพทย์ที่ออกโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)
๓.๔.๔ กรณีเป็นสินค้านำเข้าผู้ขายต้องมีใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ที่
ออกให้โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข
๓.๔.๕ แสดงหนังสืออนุญาตการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ที่นำเสนอ ที่ออกให้โดยสำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข ที่ไม่หมดอายุ
๓.๔.๖ บริษัทผู้ขายแสดงหนังสือแต่งตั้งการเป็นตัวแทนจำหน่ายอย่างเป็นทางการ จากบริษัทผู้ผลิต ให้
แสดงเอกสาร
๓.๔.๗ กรณีผลิตภัณฑ์มีความผิดพลาดจากการผลิต บริษัทผู้ขายต้องยินยอมเปลี่ยนสินค้าให้ใหม่ภายใน
๗ วัน หลังจากได้รับแจ้ง
๓.๔.๘ ผลิตภัณฑ์ต้องผ่านการประเมินผลการใช้จากโรงพยาบาล โดยส่งตัวอย่าง จำนวน ๑๒ ชิ้น เพื่อ
ทดสอบและประเมินผลไม่น้อยกว่า ๒ สัปดาห์
๓.๔.๙ ผู้เสนอราคาต้องแนบแคตตาล็อกหรือเอกสารที่ระบุรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ พร้อมทำ
เครื่องหมายและลงหมายเลขข้อกำหนดของทางราชการให้ชัดเจนทุกรายการ เพื่อประกอบการพิจารณา ซึ่งผู้
เสนอราคาจะต้องสามารถชี้แจงรายละเอียด คุณสมบัติของอุปกรณ์ต่าง ๆ ต่อคณะกรรมการฯ ได้ การเสนอ
เอกสารที่ไม่ถูกต้องตามความต้องการ และไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อทางราชการ คณะกรรมการฯ มีเหตุผล
เพียงพอที่จะไม่รับพิจารณา และสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาคุณลักษณะเฉพาะทางเทคนิคที่ดีกว่าได้ เพื่อ
ประโยชน์การใช้งานของราชการ

๓.๕ ระยะเวลาดำเนินการ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

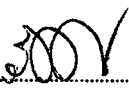
๓.๖ กำหนดระยะเวลาส่งมอบ

กำหนดส่งมอบพัสดุ ภายใน ๑๕ วัน นับถัดจากวันที่ได้รับใบสั่งซื้อ
(จะซื้อจะขายแบบราคาคงที่ไม่จำกัดปริมาณ)

๔. วงเงินในการจัดหา

- ๔.๑ วงเงินงบประมาณ เป็นเงินทั้งสิ้น ๖๕๙,๒๐๐.๐๐ บาท (หกแสนห้าหมื่นเก้าพันสองร้อยบาทถ้วน)
ด้วยเงินบำรุง โรงพยาบาลขอนแก่น
๔.๒ ราคากลาง ๖๕๙,๒๐๐.๐๐ บาท (หกแสนห้าหมื่นเก้าพันสองร้อยบาทถ้วน)
(ราคาต่อหน่วย ๒๐๖.๐๐ บาท/ชิ้น)

คณะกรรมการกำหนดรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะและราคากลาง


(นายรัฐระวี พัฒนรัตน์โมฬี)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ประธานกรรมการ


(นายวิระยุทธ หุมอาจ)
นายแพทย์ชำนาญการ
กรรมการ


(นางสาวจรรยา เทียสุพรรณ)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กรรมการ


(นางสาวยุวันดา ขาวะตา)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กรรมการ

**แบบประเมินการใช้วัสดุเวชภัณฑ์มีโซยาและวัสดุการแพทย์
โรงพยาบาลขอนแก่น**

๑. ผลิตภัณฑ์ของ บริษัท/หจก./ร้าน
๒. ชื่อวัสดุ ตัวกรองเลือด (Dialyzer) ขนาดพื้นที่ผิวที่สัมผัส ๑.๓-๑.๔ ตารางเมตร ยี่ห้อ.....
จำนวน.....ชิ้น
๓. หอผู้ป่วยที่ประเมิน
๔. วันที่ทดลองใช้
๕. ส่งคืนไม่เกินวันที่

*** (คืนที่คลังเวชภัณฑ์มีโซยา ชั้น ๖ อาคารบริการและจอดรถ ๙ ชั้น โทร. ๑๕๐๘) ***

ลำดับ	หัวข้อประเมิน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	หมายเหตุ
๑	ผลิตภัณฑ์เปิดฝาช้างบนได้ทั้งด้าน Arterial และ Venous เมื่อทำการล้างทำความสะอาดตัวกรองเลือดสำหรับใช้ซ้ำได้ในระดับดีมาก			
๒	ผลิตภัณฑ์ต้องไม่เกิดปฏิกิริยาจากสารเคมีต่อผู้ป่วย			

ผลการประเมินเวชภัณฑ์มีโซยาที่ได้ผ่านการทดลองใช้ (ขีดเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่เป็นจริง)

☐

สมควรสั่งซื้อมาใช้ในโรงพยาบาล

☐

ไม่สมควรสั่งซื้อมาใช้ในโรงพยาบาล

เหตุผลที่ไม่สมควรซื้อ

๑.....

๒.....

๓.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง หน.งาน.....

ตำแหน่ง

ตำแหน่ง

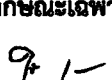
หมายเหตุ

- ๑.ให้รายงาน หน.งาน วัสดุเวชภัณฑ์มีโซยาทุกรายการที่ส่งให้ประเมิน
- ๒.ให้ประเมินไม่น้อยกว่า ๓ คน โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยหัวหน้างาน หรือผู้ช่วยหัวหน้าเป็นทีมร่วมประเมิน
- ๓.ผลสรุปการประเมินว่าสมควรซื้อหรือไม่สมควรซื้อขอให้เชื่อมโยงเป็นทิศทางเดียวกันกับการประเมินด้วย

คณะกรรมการกำหนดรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะและราคากลาง


 (นายรัฐระวี หัตถนันทน์โมฬี)
 นายแพทย์เชี่ยวชาญ
 ประธานกรรมการ


 (นายวิระยุทธ หุมอาจ)
 นายแพทย์ชำนาญการ
 กรรมการ


 (นางสาวขจร เพ็ญสุพรรณ)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 กรรมการ


 (นางสาวยุวันดา ขาวะตา)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 กรรมการ

รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ

1. ชื่อบริษัท/ ห้าง/ ร้าน.....
2. ชื่อพัสดุ.....
.....
3. ยี่ห้อ.....
4. รุ่น.....
5. ประเทศ.....
6. กำหนดส่งมอบ.....
7. อื่นๆ (ถ้ามี)

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง

ประทับตรา (ถ้ามี)

หมายเหตุ: กรุณากรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน พร้อมแนบเสนอมาพร้อมกับใบเสนอราคา
ในวันยื่นข้อเสนอทางด้านเทคนิค

ตารางการจัดทำแผนการใช้วัสดุที่ผลิตภายในประเทศ

โครงการ

รายการวัสดุหรือครุภัณฑ์ที่ใช้ในโครงการ
แผนการใช้วัสดุที่ผลิตภายในประเทศ

ลำดับ	รายการ	หน่วย	ปริมาณ	ราคาต่อหน่วย (บาท)	เป็นเงิน (รวม)	วัสดุ ในประเทศ	วัสดุ ต่างประเทศ
๑	ปูนซีเมนต์						
๒	กระเบื้อง						
๓	ผ้าเพดาน						
๔	หลอดไฟ						
๕	คอมไฟ						
รวม					xxx	xxx	xxx
อัตรา (ร้อยละ)					๑๐๐	๗๐	๓๐

ลงชื่อ (คู่สัญญาฝ่ายผู้รับจ้าง)
()

แบบหนังสือรับรองวงเงินสินเชื่อ

เลขที่.....

วันที่.....

เรื่อง รับรองวงเงินสินเชื่อ

ตามที่.....(ชื่อผู้ประกอบการ นิติบุคคล/บุคคลธรรมดา)..... เลขประจำตัว
ผู้เสียภาษีอากร/เลขประจำตัวประชาชน เลขที่.....จะขอเข้ารับการขึ้นทะเบียน
เป็นผู้ประกอบการงานก่อสร้าง ซึ่งตามหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกเป็นผู้ประกอบการงานก่อสร้าง
กำหนดให้ผู้ยื่นคำขอต้องเสนอหนังสือรับรองวงเงินสินเชื่อ/จะเข้ายื่นข้อเสนอกับหน่วยงานของรัฐ
ซึ่งเงื่อนไขการยื่นข้อเสนอกรณีที่ผู้ยื่นข้อเสนอไม่มีมูลค่าสุทธิของกิจการหรือทุนจดทะเบียน หรือมีแต่ไม่เพียงพอ
ที่จะเข้ายื่นข้อเสนอ ผู้ยื่นข้อเสนอต้องขอวงเงินสินเชื่อจากธนาคาร โดยต้องมีวงเงินสินเชื่อ ๑ ใน ๔ ของมูลค่า
งบประมาณของโครงการหรือรายการที่ยื่นข้อเสนอในแต่ละครั้ง จึงมีความประสงค์ให้ธนาคาร.....
(ชื่อธนาคาร).....รับรองวงเงินสินเชื่อ เพื่อประกอบการพิจารณาด้วย นั้น

.....(ชื่อธนาคาร).....ขอรับรองว่า.....(ชื่อผู้ประกอบการ นิติบุคคล/
บุคคลธรรมดา).....มีวงเงินทุนหมุนเวียนในวงเงินไม่ต่ำกว่า..... บาท
(.....จำนวนเงินเป็นอักษร.....) และยินดีให้วงเงินสินเชื่อภายในวงเงิน..... บาท
(.....จำนวนเงินเป็นอักษร.....)

ขอแสดงความนับถือ

.....

.....(ชื่อผู้ลงนาม).....

.....(ชื่อธนาคาร).....

แบบหนังสือรับรองวงเงินสินเชื่ออิเล็กทรอนิกส์

เลขที่.....

วันที่.....

เรื่อง รับรองวงเงินสินเชื่อ

ตามที่.....(ชื่อผู้ประกอบการ นิติบุคคล/บุคคลธรรมดา)..... เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร/เลขประจำตัวประชาชน เลขที่..... จะขอเข้ารับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบการงานก่อสร้าง ซึ่งตามหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกเป็นผู้ประกอบการงานก่อสร้างกำหนดให้ผู้ยื่นคำขอต้องเสนอหนังสือรับรองวงเงินสินเชื่อ/จะเข้ายื่นข้อเสนอกับหน่วยงานของรัฐ ซึ่งเงื่อนไขการยื่นข้อเสนอกรณีที่ยื่นข้อเสนอไม่มีมูลค่าสุทธิของกิจการหรือทุนจดทะเบียน หรือมีแต่ไม่เพียงพอที่จะเข้ายื่นข้อเสนอ ผู้ยื่นข้อเสนอต้องขอวงเงินสินเชื่อจากธนาคาร โดยต้องมีวงเงินสินเชื่อ ๑ ใน ๔ ของมูลค่างบประมาณของโครงการหรือรายการที่ยื่นข้อเสนอในแต่ละครั้ง จึงมีความประสงค์ให้ธนาคาร..... (ชื่อธนาคาร)..... รับรองวงเงินสินเชื่อ เพื่อประกอบการพิจารณาด้วย นั้น

.....(ชื่อธนาคาร)..... ขอรับรองว่า.....(ชื่อผู้ประกอบการ นิติบุคคล/บุคคลธรรมดา)..... มีวงเงินทุนหมุนเวียนในวงเงินไม่ต่ำกว่า..... บาท (.....จำนวนเงินเป็นอักษร.....) และยินดีให้วงเงินสินเชื่อภายในวงเงิน..... บาท (.....จำนวนเงินเป็นอักษร.....)

ขอแสดงความนับถือ

.....(ชื่อธนาคาร).....

**** เอกสารฉบับนี้จัดพิมพ์โดยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ****

ตารางแสดงวงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรและรายละเอียดค่าใช้จ่ายการจัดซื้อจัดจ้างที่มีใช่งานก่อสร้าง

๑. ชื่อโครงการ ตัวกรองเลือด (Dialyzer) ขนาดพื้นผิวที่สัมผัส ๑.๓ - ๑.๔ ตารางเมตร จำนวน ๓,๒๐๐ ชิ้น
๒. หน่วยงานเจ้าของโครงการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
๓. วงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ๖๕๙,๒๐๐.๐๐ บาท (หกแสนห้าหมื่นเก้าพันสองร้อยบาทถ้วน)
๔. วันที่กำหนดราคากลาง (ราคาอ้างอิง) ณ วันที่.....๕ มีนาคม ๒๕๖๕.....
เป็นเงิน ๖๕๙,๒๐๐.๐๐ บาท (ราคา/หน่วย ๒๐๖.๐๐ บาท/ชิ้น)
๕. แหล่งที่มาของราคากลาง (ราคาอ้างอิง) เป็นราคาที่ซื้อภายใน ๒ ปี งบประมาณ
ตามสัญญาจะซื้อจะขายที่ ขก ๐๐๓๓.๑/๑๒๐/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๔
๖. รายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้กำหนดราคากลาง

๖.๑ นายรัฐระวี พัฒนรัตน์โมฬี	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ
๖.๒ นายวิระยุทธ หุมอาจ	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
๖.๓ นางสาวขจร เพียสุพรรณ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๖.๔ นางสาวยุวันดา ขาวะดา	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ